

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «НСМ-КЛИНИК»
190005, г. Санкт-Петербург, 13-ая Красноармейская, д.24,
(812) 703-88-40

Согласие на обработку персональных данных

Настоящим, в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я, нижеподписавшийся в дальнейшем «Заказчик» _____

Ф.И.О. полностью _____

«__» _____ г. р.; паспорт: серия _____ № _____ выдан «__» _____ 20__ г.

Адрес регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

(место регистрации, место жительства (последнее указывается, если не совпадает с местом регистрации))

Даю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками Общества с ограниченной ответственностью «НСМ-КЛИНИК» (далее-Оператор), (ОГРН 1227800123308, ИНН 7842208323) зарегистрированному по адресу (юридический адрес): 191123, Санкт-Петербург г., Шпалерная ул., д.40, лит. А, часть пом. 4-Н, офис 2-1, на сбор и обработку своих персональных данных (моими персональными данными является любая информация относящаяся ко мне как к физическому лицу, субъекту персональных данных), включающих: мою фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства, контактный(-е) номера телефон(-ов), почтовые и электронные адреса, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность) реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения и внутреннего учета Оператора.

- ✓ Своей волей и в своих интересах выражаю согласие на осуществление (оператором) любых действий в отношении своих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных целей, в том числе выражаю согласие на обработку без ограничения своих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т.ч. передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных при автоматизированной и без использования средств автоматизации обработке; запись на электронные носители и их хранение и прочие действия.
- ✓ Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС, и договору на оказание платных медицинских услуг (наличный расчет).
- ✓ Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам ДМС и по договорам на оказание платных медицинских услуг (наличный расчет) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и иными организациями в порядке ст.13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Согласен(-а) / не согласен(-а) получать информационную рассылку об услугах Оператора, результатах лабораторных, диагностических исследований и иную информацию относящуюся ко мне и моему здоровью по телефону _____, по электронной почте _____.

Настоящее согласие на обработку персональных данных дано мной и действует с момента представления бессрочно.

Оператор проинформировал меня, и я согласен(-а) с тем, что имею право отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Оператору под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается Оператору через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской услуги.

Я разрешаю / не разрешаю (нужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянием моего здоровья, диагнозе, в т.ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

(Ф.И.О. полностью, контактный телефон)

(Ф.И.О. полностью, контактный телефон)

Пациент _____ (или _____ его _____ законный представитель) _____

(подпись, фамилия, инициалы)

« ____ »

20__ г.
(подпись)

(Ф.И.О)